第１号様式（第２条関係）

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額減額申出書
（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額減額措置）

令和　　年　　月　　日

奄美市長　殿

所在地
申出者
名　称　　印

離島等地域における訪問介護の利用者負担額減額を下記により実施するので申し出ます。

申出者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	〒			
	連絡先	電話		ＦＡＸ	
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名	
	代表者の住所	〒			

	事業所の名称（事業所番号）	所在地	備考
減額実施予定事業所の状況			